

Gisel Rahman
 Dolores Ocampo
 Anahí Rubinstein

*Unidad de Ginecología Infanto Juvenil
 Hospital de Niños
 "Superiora Sor María Ludovica"*

FUSIÓN DE LABIOS MENORES
 (COALESCENCIA DE LABIOS MENORES - SINEQUIA VULVAR)
 LABIAL ADHESIONS IN PREPUBERTAL GIRLS

Resumen

La Fusión de labios menores es una afección adquirida en la que desaparece parcial o totalmente la hendidura vulvar por adherencia de los labios menores en la línea media.

Se presenta en niñas, más frecuentemente entre 2 meses y 11 años. Su etiología es desconocida. Probablemente se deba a bajos niveles de estrógenos hallados en las niñas prepuberales.

El diagnóstico consiste en la inspección de la vulva y el tratamiento inicial se basa en cremas con estrógenos en forma local. El Pediatra debe explicar el significado de este hallazgo y generar información acerca del correcto tratamiento a fin de evitar recurrencias.

Palabras clave: fusión de labios menores: vulva.

Abstract

Labial adhesion is an acquired condition in which the labia minora are fused over the vestibule. The etiology of the labial adhesions is not known, but is presumably related to the low levels of estrogens in the prepubertal child.

The incidence of labial agglutination is more frequent in girls between 2 months to 11 years.

The diagnosis is made by visual inspection of the vulva and initial treatment traditionally has consisted of estrogen creams with twice-daily application during 14 days.

Pediatricians should explain the significance of this condition and bring information about the correct treatment to avoid recurrences.

Key Word: labial adhesion; vulva.

Definición

La fusión de labios menores es un fenómeno adquirido en el que desaparece parcial o totalmente la hendidura vulvar por adherencia de los labios menores en la línea media.

Clasificación

De acuerdo con la extensión afectada puede ser:

Total o completa: los labios menores se adhieren por su borde libre, dejando solo un orificio para la micción.

Parcial: sólo una porción del labio menor está involucrada; puede ser alta, mediana o baja.

Frecuencia. Edad de presentación

La frecuencia estimada de la fusión de labios menores es de 0,6% a 5% aunque algunos estudios refieren valores cercanos al 38,9%, ya que en su mayoría es asintomática y no se detecta ⁽¹⁾.

El pico de incidencia es entre 13 y 23 meses de edad ⁽²⁾. Sin embargo, algunos autores extienden este período hasta los 6 años. En ocasiones, puede aparecer a mayor edad y persistir hasta la pubertad. En nuestra Unidad de Ginecología Infanto-Juvenil representa el 7% del total de las consultas y la edad promedio es 2,6 años (2 m-11 a).

Etiología

La etiología es desconocida. Probablemente se deba a una condición adquirida cuyo mecanismo fisiopatológico se relaciona con los bajos niveles de estrógenos hallados en las niñas prepúberales. Se especula que esto no es una condición suficiente y que es necesario el despulimiento del epitelio ocasionado por fricción local para producir esta adherencia ⁽³⁾.

1. Bajos niveles de estrógenos

La hipótesis del bajo nivel estrogénico se sustenta en la presentación en niñas prepúberes, ya que no existe este fenómeno en recién nacidas en las que los estrógenos maternos aún persisten. El tratamiento con estrógenos resuelve el cuadro en la mayoría de las pacientes. Cuando las niñas afectadas llegan a la pubertad y los niveles estrogénicos se elevan la fusión suele desaparecer.

2. Lesión local

Se sugiere que la delgada piel que cubre los labios puede perder la epidermis como resultado de erosiones, quedando adheridos ambos labios en la línea media cuando ocurre la reepitelización. Es pro-

bable que se asocie a una infección no siempre evidente (vulvitis, uretritis, cistitis o vulvovaginitis). Intervienen también factores constitucionales de la piel, afecciones dermatológicas tales como liquen escleroso, psoriasis, dermatitis diversas, secuelas de lesiones traumáticas, y mala higiene.

3. Factor constitucional

Se ve con mayor frecuencia en niñas de piel muy blanca o pelirrojas, y en niñas de piel negra con hipopigmentación de las mucosas de los genitales.

Diagnóstico

Si bien la mayoría de las niñas son asintomáticas, algunas pueden presentar síntomas urinarios como dificultad en la micción y pérdida de orina que se acumula debajo de la fusión y puede manifestarse como seudoincontinencia de orina (la niña humedece su ropa tiempo después de la micción).

También pueden presentar infección urinaria asociada a sintomatología vulvar: vulvitis, prurito vulvar y/o anal. Esto se debe a la retención urinaria que se produce por debajo de la línea de fusión y en la vagina, pudiendo ser el origen de una infección ascendente.

La adherencia de labios menores se diagnostica por medio de la inspección visual de la vulva ⁽³⁾. Al separar los labios mayores en su tercio inferior mediante la maniobra de la tienda, se exponen los labios menores total o parcialmente unidos por una delgada membrana avascular, grisácea y semitransparente. En la adherencia total se observa la fusión completa de los labios entre sí, que puede ser sintomática por obstruir la salida de orina. En la adherencia parcial, la unión de pequeños segmentos superiores o inferiores puede ser un hallazgo, excepto que la adherencia sea superior y desvíe el chorro miccional.

Diagnósticos diferenciales

Para realizar un diagnóstico correcto es necesario identificar secuencialmente los labios mayores, los labios menores y el orificio vaginal. En los otros desórdenes los labios menores y mayores aparecen normales.

1. Himen imperforado: se observa el introito plano y las carúnculas himeneales fusionadas que ocluyen la visualización del orificio vaginal

2. Agenesia de vagina: se observa vestíbulo vulvar normal y presencia de carúnculas himeneales, pero la vagina termina en fondo de saco.

3. Persistencia del seno urogenital y genitales ambiguos: se observa un orificio común donde confluyen la vagina y la uretra.

4. Tabique vaginal transversal bajo: permeabilidad vaginal limitada.

Tratamiento

En las adherencias **asintomáticas** el tratamiento sigue siendo controvertido. Algunas veces las adherencias vulvares pequeñas en la horquilla posterior se separan espontáneamente y las restantes suelen resolverse con la estrogenización de la pubertad.

El tratamiento se basa en la educación de los padres sobre la naturaleza benigna de la situación, hábitos de higiene y observación de la niña.

Para las pacientes **sintomáticas** (vulvodinia, infección, pérdida de orina) y con **adherencias extensas** se indica aplicar una crema con estrógenos 2 veces al día por el lapso de 14 días ⁽⁴⁾.

- Estrógenos equinos conjugados 0,625 (crema por 21 grs) PREMARIN
- Estriol 1mg/1g (crema por 15grs) ORGESTRIOL
- Estriol 100mg/100g (crema por 15grs) COLPOESTRIOL
- Promestriene 1g (crema por 15 grs) COLPOTROPHINE

El tratamiento local con estrógenos conjugados equinos durante 14 días ha sido altamente efectivo en nuestras pacientes (94%).

El médico deberá supervisar la aparición de efectos adversos como la inflamación local y los signos de estrogenización periférica:

- aparición de botón mamario que es reversible cuando se suspende la terapéutica.
- hiperpigmentación vulvar y areolar que no suele retrogradar.
- leucorrea.

La principal causa de fracaso durante el tratamiento es la falla en la técnica de utilización del medicamento.

Otros tratamientos:

- Debridación manual: está contraindicada.
- Resección quirúrgica: es excepcional.
- El tratamiento tópico con betametasona al 0,05% 2 veces por día, ha sido considerado; obteniéndose una tasa de respuesta del 68% y de recurrencia del 23% ⁽¹⁾.

Recurrencia

Aproximadamente 14-39% de los casos la fusión tiende a recurrir ⁽⁵⁾. En nuestra experiencia hubo recidiva en el 26% de las pacientes que fueron tratadas con terapia estrogénica local.

Existen ciertos factores que condicionan la reaparición: infecciones vulvares (bacterianas y parasitarias), vulvitis reiteradas con o sin masturbación compulsiva, infección urinaria, falta de control de esfínteres, tez muy blanca, la debridación mecánica por tracción, la resolución quirúrgica, el abuso sexual y las lesiones dermatológicas a nivel vulvar.

Para evitar la recidiva se indica el uso de cremas con vitamina A o vaselina sólida por 6-12 meses y adecuadas pautas de higiene.

Bibliografía

1. Myers J, Sorensen C, Wisner B et al. Betamethasone cream for the treatment of prepubertal labial adhesions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19:407-411.
2. Schober J, Dulabon L, Pfaff D et al. Significance of topical estrogens to labial fusion and vaginal introital integrity. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19:337-339.
3. Muram D. Treatment of prepubertal girls with labial adhesions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999;12:67-70.
4. Omar H. Management of labial adhesion in prepubertal girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000;13:183-186.
5. Kumetz L, Quint E, Fisseha S et al. Estrogens treatment success in recurrent and persistent labial agglutination. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19:381-384. ♦